Al Direttore del Dipartimento di

Farmacia e Scienze della Salute e della Nutrizione

SEDE

**OGGETTO: richiesta rimborso spese missione.**

La/Il sottoscritta/o ................................................ con qualifica ............................... e sede dell’ufficio in ..............................., residente a ............................... (prov. di .....) in via .................................., C.F………………………….

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver eseguito la missione, come da autorizzazione allegata, da ............................... a ............................... dalle ore .. : .. del giorno .. /.. /.. alle ore .. : .. del giorno .. /.. /.. con arrivo in territorio straniero alle ore .. : .. del giorno .. /.. /.. e

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute e delle diarie eventualmente spettanti.

A tal fine dichiara di *aver/non aver* utilizzato un mezzo straordinario (mezzo proprio o mezzo a noleggio) da ............................... a ............................... (andata) e da ............................... a ............................... (ritorno).

Il sottoscritto dichiara di *aver/non aver* ricevuto anticipazione da ............................... (importo ricevuto € ............................... da detrarre) e di voler ricevere l’accredito sul conto corrente censito da codesta Direzione *(1)*

La/Il richiedente

...............................

Allegati:

□ Autorizzazione a compiere la missione;

□ Biglietti di viaggio in originale;

□ Prospetto riepilogativo itinerario e biglietti/spese;

□ Fattura alloggio;

□ Fattura pasti (in caso di scontrini “non parlanti” integrarli, tramite apposita dichiarazione, con gli elementi mancanti quali l’intestatario e il suo codice fiscale nonché la causale);

□ Altro (specificare) ............................... .

Rende, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(1) Se il richiedente non è censito, specificare le coordinate bancarie***

***(2) Riportare il progetto e/o la voce contabile indicati nell’autorizzazione a compiere la missione***

*Il Segretario di Dipartimento Si autorizza il pagamento della Missione*

*Il Direttore Prof.ssa Maria Luisa Panno*